8.

MÉMOIRE

SUR LES FISTULES

DE LA GLANDE PAROTIDE

ET DE SON CONDUIT EXCRÉTEUR.

Le Cercle Médical de Paris (ci-devant Académie de Médecine de Paris), dans sa séance du 23 mai 1820, a décerné une médaille *à l'auteur de ce Mémoire.*

MÉMOIRE

8.

SUR LES FISTULES

DE LA GLANDE PAROTIDE

ET DE SON CONDUIT EXCRÉTEUR.

PAR M. GENDRON (ESPRIT),

DOCTEUR EN MÉDECINE;

Au Château-du-Loir, Département de la Sarthe, Ex-Chirurgien et Médecin interne des Hôpitaux de Paris.

Duo sunt præcipui medicinæ cardines, ratio et observatio; observatio tamen est filum ad quod dirigi debent medicorum ratiocinia.

BAGLIVI, caput II, § III.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS

A PARIS,

CHEZ CROULLEBOIS, LIBRAIRE,

RUE DES MATHURINS-SAINT-JACQUES, n°. 17.

IMPRIMERIE DE A. BELIN.

1820.

MÉMOIRE

SUR LES FISTULES

DE LA GLANDE PAROTIDE

ET DE SON CONDUIT EXCRÉTEUR.

Les systèmes se succèdent dans toutes les sciences et s'excluent mutuellement; les faits seuls sont immuables.

C'est surtout en médecine qu'il faut se défier des théories, elles abondent toujours partout où existe l'obscurité, comme si l'obscurité était leur élément. Aussi sont-elles plus rares depuis que les medecins ne dédaignent plus le scalpel de l'anatomiste, et que, par un heureux échange, l'étude de la médecine est imposée au chirurgien. Toute doctrine doit être une conséquence dont l'expérience est le principe, sinon elle est frêle comme l'erreur : des siècles ne peuvent la consacrer, un instant peut la détruire. Il se peut cependant que des faits soient mal observés, plus alors les conséquences sont justes et plus elles sont dangereuses; appuyées sur le raisonnement, elles semblent encore dictées par l'expérience,

double moyen de séduction auquel Louis a succombé.

Ce célèbre chirurgien a publié deux Mémoires sur les fistules salivaires ; il a établi, dans le premier, une belle distinction entre les fistules de la glande parotide et celles de son conduit excréteur, indiqué le traitement de ces deux maladies, expliqué tous les faits antérieurs et les résultats obtenus, et créé une méthode nouvelle pour la cure des fistules du conduit parotidien.

Quelque temps après, Louis, trompé par une observation trop promptement jugée, a écrit un second Mémoire où il condamne ses premières conséquences. Ce dernier ouvrage a fait renaître, chez les praticiens l'incertitude dont le premier les avait tirés.

L'hésitation est bien naturelle, quand les expressions d'un aussi grand maître attestent qu'il n'a plus lui-même aucune idée fixe sur le traitement des fistules salivaires.

« Les caustiques, dit-il, ont guéri des fistules « du canal salivaire.

« D'un autre côté on peut les regarder comme « un moyen qui agrandit l'ulcère fistuleux et « nuit à sa consolidation.

« Enfin, s'ils ne réussissent pas, on aura la « ressource de passer un séton dans le conduit

» excréteur pour rendre à la salive son cours
» naturel. »

Un chirurgien distingué, professeur de l'École de Médecine de Paris, dans un ouvrage renommé quoique récent, reconnaît avec Louis l'efficacité des caustiques dans le traitement de quelques fistules du conduit parotidien ; mais d'un autre côté, n'en dissimulant point le danger, a cherché à spécifier leur emploi.

« Ce n'est que d'après des indications parti-
» culières que la cautérisation peut convenir
» dans quelques fistules salivaires. Lorsque le
» canal est obstrué, et que l'orifice fistuleux
» n'offre ni callosités, ni fongosités qui s'opposent
» à la réunion des bords de l'ouverture, les
» caustiques sont non-seulement inutiles, mais
» ils peuvent agraver le mal, si l'on s'obstine à
» les employer. Ce n'est donc que dans les cas
» où l'orifice de la fistule est calleux ou fongueux
» et où le canal salivaire est resté libre, que l'u-
» sage des caustiques peut être utile. »

Je me permettrai de combattre cette distinction que je regarde comme purement théorique : en effet, elle n'est pas appuyée sur des observations détaillées, et l'auteur s'en sert comme d'une proposition démontrée, pour expliquer les résultats différens obtenus autrefois par la cautérisation.

Les caustiques ne sont pas employés précisément pour détruire des callosités ; mais l'escarre qu'ils forment est une digue opposée au cours contre nature de la salive, c'est un obstacle favorable en ce qu'il ne laisse à ce liquide d'autre issue que le conduit naturel. C'est ainsi du moins que Louis a expliqué leur étrange succès. Cela est si vrai qu'il ne conseille pas indifféremment toute espèce de caustique, mais qu'il recommande spécialement ceux qui peuvent former une escarre sèche, solide, adhérente.

Qu'importe que la fistule soit ancienne ou récente, qu'elle soit avec ou sans callosités ? Si le caustique peut déterminer la consolidation d'une ouverture calleuse, pourquoi ne produirait-il pas celle d'une ouverture récente ? et puisque la cicatrice doit se faire au-dessous et avant la chute de l'escarre, ne suffit-il pas que le canal salivaire soit libre, pour qu'il y ait mêmes chances de succès dans les deux circonstances ? Si nous consultons l'expérience, nous verrons qu'elle n'a pas toujours prononcé en faveur des caustiques, lorsqu'ils ont été dirigés contre des fistules avec callosités.

La cautérisation a été employée avec succès par quelques-uns, mais inutilement par un plus grand nombre de praticiens, voilà ce que nous

savons. Elle reussit constamment, lorsque la fistule dépend de la dénudation de la glande parotide.

Mais si nous voulons savoir quel succès elle obtient dans les fistules du conduit excréteur de la salive, nous ne trouvons qu'incertitude et contradictions.

Louis prononce l'exclusion des caustiques, dans le troisième volume des Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie ; et dans le cinquième, il publie une observation à l'aide de laquelle il proclame leur succès, et relève ainsi une doctrine qui n'a encore rien perdu de sa force.

Elle serait inattaquable, si l'on pouvait démontrer que la fistule guérie par Louis était due en effet à la lésion du conduit parotidien. Mais si, dans les signes énumérés, il n'en est aucun caractéristique de cette maladie ; si des symptômes semblables, si une ouverture fistuleuse située au-devant du muscle masseter, un conduit fistuleux se prolongeant du côté de la bouche et de l'oreille, peuvent être l'effet d'une fistule de la glande parotide, ne sera-t-on pas forcé de regarder comme douteuse la doctrine de Louis, à moins qu'on ne veuille accorder de la solidité à un édifice qui n'a plus de fondemens? Tel est le but de ce mémoire.

Etablissant la comparaison d'une observation exacte, et marchant de conséquences en conséquences, je pourrai prouver que depuis la découverte du conduit parotidien, l'on a trop souvent attribué à sa lésion, des fistules salivaires qui dépendaient seulement de la dénudation de la glande parotide. De là des opérations difficiles pour le chirurgien, douloureuses pour le malade, décourageantes pour les deux par la rareté du succès; tandis qu'une connaissance plus certaine de la cause de la maladie aurait évité à l'un des souffrances, à l'autre des revers répétés. Tel est, dis-je, le but de ce mémoire; deux articles m'ont paru nécessaires à son exécution.

Le premier offre, 1°. l'extrait de l'observation publiée par Louis dans le tome V des Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie.

2°. L'observation d'une fistule de la glande parotide long-temps attribuée à une lésion du conduit parotidien.

3°. Le parallèle des deux observations.

Le second article est une revue de ce qui a été écrit sur les fistules salivaires, par différens auteurs, suivie de l'énumération des signes distinctifs des deux espèces de fistules.

ARTICLE PREMIER.

EXTRAIT DE L'OBSERVATION DE LOUIS.

M. Thomas de Boisgiraud, à l'âge de trois ans, fut blessé à la joue droite par un bœuf, qui lui donna un coup de corne.

La plaie, contuse et déchirée, suppura beaucoup; elle resta fistuleuse. L'on ne s'aperçut que fort tard de la lésion du canal salivaire, par l'écoulement d'une humeur limpide à travers un petit trou resté vers le bord antérieur du muscle masseter.

Cinq ans après, première opération pratiquée par les chirurgiens de Bordeaux : on perce la joue avec un bistouri, l'on réunit la plaie extérieure, et l'on tient les lèvres rapprochées à l'aide de deux aiguilles et de la suture entortillée. Il ne s'écoule plus de salive par l'ouverture fistuleuse.

Le dix-septième jour, gonflement à l'angle de la mâchoire inférieure, fluctuation au centre de la tumeur, dont l'ouverture donne issue à de la salive. La nouvelle route qu'on avait pratiqué pour changer la fistule d'externe en interne est fermée; l'ouverture de la joue se rouvre, celle près l'angle de la mâchoire se cicatrise, et la maladie revient à son premier

état. Bientôt seconde opération, toujours ayant pour but de tracer à la salive une route artificielle. L'ouverture fistuleuse de la joue se cicatrise, nouveau gonflement vers l'angle de la mâchoire. La cicatrice de cette partie est rompue; cette fois il s'écoule du pus et non de la salive, la plaie se referme, et le mal semble revenir encore une fois à son premier état. Treize ans s'écoulent. Le jeune homme, âgé alors de vingt-deux ans, arrive à Paris, et est examiné par Louis et Morand, qui reconnaissent, au milieu de la joue droite, balafrée par plusieurs cicatrices, un trou fistuleux si étroit, que le plus fin des stylets ordinaires ne peut y être introduit. Il coulait beaucoup de salive au moindre mouvement; on ne dit point s'il en coulait beaucoup pendant le repos de la mâchoire.

Cette fistule si invétérée n'avait aucune dureté ni callosité. Un stylet enfoncé par l'ouverture fistuleuse, et poussé du côté de la bouche, parcourt un conduit dont l'étendue n'est pas désignée. Deux autres stylets plus forts sont portés successivement dans le même trajet et s'arrêtent au même point, malgré toutes les tentatives de Louis, qui, croyant sonder le canal parotidien, voulait franchir son embouchure.

La chose remise à un nouvel examen, Louis

touche l'orifice de la fistule avec la pointe d'une pierre infernale ; il en résulte une escarre, que l'on a soin de dessécher. Le malade n'observe ni la diète, ni le repos, et le sixième jour la chute de l'escarre permet de voir, à la grande satisfaction de Louis et du malade, une cicatrice parfaite.

Observation d'une fistule de la glande parotide, long-temps attribuée à une lésion du conduit parotidien.

Jeanne Chaperon, à l'âge de neuf ans, fut renversée par une vache, et reçut un coup de corne qui lui déchira la joue gauche. La plaie ne pénétrait pas dans la bouche ; un lambeau de peau fut détaché et relevé de la partie moyenne de la joue à la partie inférieure de la tempe. A cette époque, une sœur hospitalière vit seule la malade, et eut l'imprudence de couper le lambeau détaché, au lieu de le rabattre sur la joue et d'en tenter la réunion. Plus tard elle fit à la partie inférieure de la plaie, je ne sais pour quel motif, une incision qu'elle prolongea verticalement à peu de distance du corps de la mâchoire inférieure.

La plaie large et contuse suppura beaucoup et long-temps ; et la cicatrice commençait à s'opérer, lorsque l'on reconnut au milieu de la

joue, une petite ouverture qui livrait passage à une humeur limpide. La blessure parvint enfin à se cicatriser ; mais la petite ouverture ne se fermait point, et des goutelettes d'eau limpide tombaient sur la joue en assez grande quantité, pour pénéter chaque jour plusieurs linges dont on était forcé de garnir cette partie du visage. La malade consulta M. Pichonnerie, officier de santé, demeurant à la Châtre, département de la Sarthe. Il reconnut aisément que la maladie était une fistule salivaire, mais il crut qu'elle dépendait de la lésion du canal de Sténon. Ce chirurgien se flatta d'en obtenir la cure, en traçant à la salive une route artificielle. Dans cette intention, la joue fut percée, un séton établi et conservé pendant quarante jours. J'ignore si le conduit pratiqué était assez déclive pour que la salive y tombât ; ce qui est certain, c'est que l'ouverture fistuleuse de la joue coutinua à donner passage à l'humeur, et que le trajet artificiel se ferma très-promptement lorsqu'on eut retiré le séton. La méthode de Desault fut ensuite mise en pratique par le même chirurgien. Une forte compression fut établie au devant de l'oreille, et maintenue pendant plusieurs mois à l'aide d'une pelotte et d'une bande roulée autour du visage. Soins inu-

tiles ; le chirurgien, rebuté, annonce que la maladie est incurable, et la malade, découragée, se résigne à porter toute sa vie une infirmité dégoûtante.

Plusieurs années s'écoulent et n'amènent en effet aucun changement, soit dans la nature de l'écoulement, soit dans sa fréquence ; et cette maladie existait depuis six ans, quand je vis pour la première fois, au mois de juillet 1818, mademoiselle Chaperon, âgée alors de quinze ans.

Je fus frappé d'abord de la laideur d'une cicatrice irrégulière qui défigure la joue gauche, dans une étendue verticale de plus de deux pouces, et dont la largeur très-inégale offre plus d'un pouce à sa partie supérieure, un pouce à sa partie moyenne, quelques lignes seulement à sa partie inférieure.

Au milieu de la partie inférieure de cette cicatrice, c'est-à-dire, vers la partie moyenne de la joue, quelques lignes au-devant du bord antérieur du muscle masseter, était une ouverture fistuleuse, tellement étroite, qu'elle ne pouvait être franchie que par un stylet très-fin, avec lequel on sonde ordinairement les points lacrymaux. Du côté de la bouche, mon stylet parcourait un trajet de cinq lignes d'étendue, je

l'enfonçais un peu plus profondément du côté de l'oreille ; mais, à huit lignes environ, je trouvais un obstacle que je me gardais bien de vouloir dépasser, prenant ce trajet fistuleux pour le canal excréteur de la glande. Des gouttes d'une humeur limpide, semblable aux larmes, passaient continuellement par l'ouverture fistuleuse, et tombaient sur la joue. Leur quantité augmentait très-sensiblement lorsque la malade parlait, mangeait, ou lorsque l'on comprimait la glande parotide.

Tels furent donc les signes qui fixèrent mon attention à ce premier examen.

1°. Ouverture fistuleuse située au-devant du muscle masseter, survenue à la suite d'une plaie à la joue.

2°. Trajet fistuleux dans la direction même du conduit excréteur de la glande parotide ;

3°. Salive versée abondamment, surtout dans les mouvemens de la mâchoire.

Je pensai, ainsi qu'on l'avait fait avant moi, que la fistule salivaire était due à la lésion du conduit parotidien, que la partie antérieure de ce canal était oblitérée près de son embouchure, ce qui s'opposait à l'emploi de la méthode de Louis, c'est-à-dire, au rétablissement du cours naturel de la salive.

La même raison devait faire exclure le caustique ; j'employai pourtant un trochisque de minium très-mince, pour agrandir l'ouverture fistuleuse. Je me décidai ensuite, d'accord avec mes confrères, MM. Loiseau et Lecamus, à ouvrir à la salive une route artificielle, en imitant le procédé que Duphénix a décrit dans le troisième volume des Mémoires de l'Académie royale de chirurgie. Moins adroit sans doute que l'inventeur de cette opération, je fus moins heureux. J'avais maintenu l'instrument placé dans la joue, à l'aide d'un fil qui passait par l'ouverture que j'espérais cicatriser, et se fixait au bonnet de la malade ; le fil fut ôté le huitième jour, et la canule tomba aussitôt dans la bouche. Elle était entièrement obstruée par du pus, ce qui me fait croire qu'elle n'est pas plus utile que le séton, et que devant être promptement remplie par la matière purulente, elle ne peut satisfaire aux conditions qui l'ont fait employer : elle est utile seulement en ce qu'elle s'oppose à la cure du conduit artificiel, y entretient la suppuration, tandis que la salive coule avec le pus, entre la canule obstruée et le trajet pratiqué dans l'épaisseur de la joue.

Je commençais à concevoir les espérances les plus flatteuses, que partageaient déjà la malade

et son père. En effet, même pendant les repas, il ne s'écoulait point de salive par la plaie de la joue, et quelques jours devaient suffire à la cicatrisation; enfin la jeune Chaperon croyait sentir le côté correspondant de la bouche plus humecté que de coutume par la salive. Notre joie, bien fondée en apparence, était pourtant prématurée. Le conduit que j'avais pratiqué se cicatrisa avant la plaie extérieure, et la salive coula de nouveau sur la joue par une très-petite ouverture fistuleuse.

C'était la seconde fois que la malade était opérée inutilement. Avant d'entreprendre une troisième opération, je voulus observer plus attentivement cette fistule, pour ne pas échouer dans une nouvelle entreprise. Je remarquai que la salive était versée sur la joue, tantôt abondamment et tantôt en petite quantité. Les mouvemens de la mâchoire et la pression exercée sur la glande parotide, augmentaient constamment l'écoulement fistuleux. Se passait-il un peu de temps sans qu'il eût lieu? l'humeur répandue était plus épaisse et charriait des parcelles plates, circulaires, d'une substance blanche, ayant la consistance de la cire, et formée sans doute par le dépôt de sels qui entrent dans la composition de la salive. Lorsque l'écoulement était tout-à-

fait suspendu, ce qui était rare et de peu de durée, on sentait un léger empâtement devant et derrière l'oreille; alors, en comprimant la peau qui recouvre la glande parotide, on chassait en masse, une certaine quantité d'humeur peu limpide ayant l'aspect de glaires. Cette compression répétée ne donnait plus le même résultat, elle provoquait seulement la sortie de gouttelettes très-limpides.

La bouche m'a semblé toujours également humide des deux côtés; mais je n'ai pu découvrir, en soulevant la joue, l'embouchure du canal parotidien, qui, pourtant était libre, ainsi que plus tard j'eus lieu d'en être persuadé.

Un stylet très-fin, porté de nouveau du côté de la bouche, était de suite arrêté dans sa marche; le petit conduit qui était de ce côté, avait été oblitéré par l'inflammation que le trochisque de minium, employé avant l'opération, avait déterminé dans cette partie.

Le même stylet, enfoncé du côté de l'oreille, dans une direction oblique de bas en haut, et d'avant en arrière, trouvait toujours un obstacle à huit lignes de profondeur; mais enfin, en changeant sa direction par un mouvement de bascule, je l'enfonçai sans éprouver la moindre résistance, sans occasioner la moindre douleur,

jusqu'au-delà du lobule de l'oreille et du bord postérieur de la branche de la mâchoire.

Entre ce bord et l'apophyse mastoïde, on sentait aisément, à travers la peau, l'extrémité de mon instrument. Dès lors, plus de doute ; la glande parotide était dénudée transversalement dans toute son étendue, et cette maladie, qui pourtant offrait bien des signes d'une fistule du canal excréteur de la salive, était simplement une fistule de la glande.

J'avais déjà l'expérience que des injections légèrement irritantes suffisent, lorsque le mal est récent, pour en obtenir la cure.

Un trochisque mis dans l'ouverture fistuleuse, redevenue très-étroite, produisit une escarre que j'arrachai le troisième jour. J'eus alors une petite plaie, au fond de laquelle je vis très-distinctement l'extrémité d'un conduit fistuleux, versant à chaque instant des gouttes de salive. En dilatant ses parois à l'aide d'un stylet, ce canal, aperçu dans quelques lignes de son étendue, m'a semblé tellement bien conformé, que je suis persuadé que la dissection l'aurait détaché des parties auxquelles il adhérait, aussi aisément que l'on sépare un conduit excréteur. J'avoue que, malgré l'exactitude des recherches antérieures, cette conformation si parfaite d'un

conduit contre nature, me fit craindre d'avoir sous les yeux le canal excréteur même de la salive. Mais mon stylet, enfoncé plus loin, parvenait toujours sans obstacle au-delà de la branche de l'os maxillaire, et n'étant plus contenu par l'étroitesse de l'ouverture fistuleuse, je pus, par des mouvemens de bascule, donner du jeu à son extrémité, et reconnaître encore plus sûrement le décollement de la peau devant et derrière l'oreille. Je me rappelai d'ailleurs les belles remarques de M. le professeur Dupuytren, sur l'organisation muqueuse des conduits fistuleux; la maladie qui m'occupait confirmait pleinement les observations de cet habile maître.

Doublement certain de l'existence d'un conduit contre nature, j'introduisis dans son embouchure l'extrémité d'une petite seringue, remplie de parties égales d'eau tiède et d'eau-de-vie camphrée, et j'injectai fortement ce mélange. Une vive douleur fut à l'instant même produite dans toute la région de la glande parotide, et la malade y porta les mains en jetant des cris perçans.

Je recommandai la diète et le repos, qui ne furent point observés. Le lendemain il ne s'écoula que du pus par l'ouverture fistuleuse. Je fis de suite deux injections qui causèrent autant de dou-

leur que la première, puis j'appliquai un bandage légèrement compressif que je levai le quatrième jour. La plaie de la joue était presque totalement cicatrisée. Le cinq, elle était couverte d'une petite croûte jaune, solide, épaisse, très-adhérente à la peau, et dont la chute, trois jours après, permit de voir une cicatrice parfaite. La glande parotide avait été enflammée par les injections et s'était recollée à la peau. Cette guérison, obtenue dans le mois d'octobre 1818, ne s'est point démentie. J'ai eu depuis occasion de voir souvent la malade. On sent encore aujourd'hui, devant l'oreille, une légère tumeur et un cordon glanduleux qui fait suite à la glande parotide, se prolonge au-dessous de la peau jusqu'à la partie moyenne de la joue, et dépasse même de quelques lignes le point où était située l'ouverture fistuleuse.

Tels sont les détails que j'ai pu recueillir sur la maladie de la jeune Chaperon. On s'aperçoit aisément qu'il en manque un essentiel que j'aurais pu suppléer, ce que je n'ai pas voulu faire, parce qu'il m'a manqué à moi-même.

On ne voit point, en effet, dans cette observation, comment une plaie au milieu de la joue a pu occasioner la dénudation de la glande parotide. J'ai su seulement qu'à la suite de l'accident,

arrivé six ans auparavant, la suppuration avait été très-abondante. L'on est forcé d'admettre que la blessure a causé l'inflammation de tout le tissu cellulaire de la joue, que des abcès sont survenus devant et derrière l'oreille, et que le pus évacué à chaque pansement, par la plaie de la joue, a entretenu un conduit contre nature, devenu plus tard fistuleux par la dénudation de la glande parotide. Ces phénomènes bien évidens, bien démontrés chez ma malade, et par l'introduction du stylet, et par la manière dont la cure a été obtenue, ne sont-ils pas plus fréquens qu'on ne l'a pensé jusqu'à présent? Serait-ce la première fois qu'une plaie à la partie moyenne de la joue, aurait été suivie d'une fistule de la glande parotide? Aurions-nous souvent été trompés sur la nature des fistules salivaires par la situation de l'ouverture fistuleuse? J'arriverai tout naturellement à la solution de ces questions en discutant l'observation de Louis, dont j'ai déjà donné l'extrait. Reprenons cette analyse, méditons les expressions de l'auteur, et voyons s'il nous sera possible d'attribuer, comme il l'a fait, à une lésion du canal salivaire, la maladie dont la guérison a paru si merveilleuse.

M. de Boisgiraud est blessé à la joue droite, la plaie, contuse et déchirée, suppure beaucoup,

et l'on ne s'aperçoit que fort tard de la lésion du canal salivaire, par l'écoulement d'une humeur limpide à travers un petit trou, resté vers le bord antérieur du muscle masseter.

La situation de l'ouverture fistuleuse au-devant du muscle masseter, est le seul signe sur lequel Louis se fonde pour attribuer la fistule à la lésion du conduit excréteur de la salive : ce signe n'est point caractéristique, il existait chez ma malade. Louis donne d'autres signes qui sont loin d'être favorables à son opinion. Ainsi la plaie a suppuré beaucoup, et l'on ne s'est aperçu que fort tard de l'écoulement de salive.

Lorsque le conduit de Sténon est blessé, l'écoulement de salive a lieu de suite, rien ne s'oppose à ce que l'on s'en aperçoive promptement. Qu'on ne dise pas que la salive est perdue dans la suppuration, son mélange avec le pus ne s'opère point avec assez de facilité pour qu'on ne puisse l'en distinguer, et d'ailleurs, lorsque le canal est ouvert, l'écoulement a lieu avant que la suppuration ne soit établie. Dans les fistules de la glande parotide, au contraire, et c'est précisement un symptôme distinctif des deux maladies, l'écoulement a lieu tard et est toujours précédé par une suppuration abondante; car ce n'est qu'au moment même où cette suppuration a fondu

en quelque sorte le tissu cellulaire de la joue, que la glande parotide est dénudée, condition nécessaire à l'existence de cette espèce de fistule.

Lorsque la source du pus a été méconnue alors que l'on a négligé d'établir devant l'oreille une contr'ouverture, la salive, fournie par la glande dénudée, s'écoule par la plaie de la joue et suit ainsi la route que déjà le pus avait été obligé de parcourir. Ainsi, dans les fistules du canal salivaire, l'écoulement précède, accompagne la suppuration et lui survit; tandis que, dans les fistules de la glande parotide, ce n'est que lorsque cet organe a été dénudé par une suppuration plus ou moins abondante, que l'écoulement fistuleux est possible. On opère M. de Boisgiraud, la joue est percée, l'ouverture fistuleuse réunie, le conduit artificiel se ferme, il survient alors du gonflement vers l'angle de la mâchoire; on ouvre la tumeur, il s'écoule de la salive, la cicatrice de la joue se rompt et la maladie revient à son premier état.

Ces phénomènes peuvent nous éclairer sur la nature de la fistule. Si le canal salivaire avait été blessé, comme on le croyait, à la partie moyenne de la joue, le gonflement, après la cicatrisation de l'ouverture fistuleuse, ne serait pas survenu à l'angle de la mâchoire, car c'est à l'endroit où

le canal est blessé que la salive s'épanche et forme une tumeur, et lorsque le conduit est libre, comme il l'était chez le malade de Louis, on peut, par la compression, vider la tumeur de la salive qu'elle contient.

Des faits prouveront ce que j'avance. On lit dans l'excellent journal de MM. Corvisart, Leroux et Boyer, une observation de M. Garnier sur une tumeur salivaire survenue à la suite de la section du canal parotidien. La plaie se réunit promptement, et au-dessous de la cicatrice, à la partie moyenne de la joue, il se développa une tumeur salivaire.

M. le baron Percy a publié l'observation très-curieuse d'une plaie de la joue avec section du conduit de la salive. La plaie s'est réunie, et depuis il se forme habituellement, au-dessous de la cicatrice, à la partie moyenne de la joue, une petite tumeur molle qui s'affaisse sous le doigt, et dont la compression fait jaillir dans la bouche un filet de salive. Chez M. de Boisgiraud, le canal salivaire était libre; cela est prouvé par la manière dont plus tard la guérison a été obtenue. Si ce canal eût été blessé à la partie moyenne de la joue, n'est-ce pas dans ce lieu même que se serait formée la tumeur salivaire; et si la salive s'est accumulée près l'angle

de la mâchoire, pourquoi en chercher si loin la source ? n'est-on pas en droit de conclure qu'elle a été fournie par la glande parotide dénudée ? Ma malade eût offert les mêmes phénomènes, si l'ouverture fistuleuse de la joue eût pu se cicatriser; la salive aurait coulé d'abord par le conduit pratiqué dans l'épaisseur de la joue, mais l'obstruction de celui-ci eût été suivie nécessairement de l'apparition d'une tumeur salivaire à l'angle de la mâchoire, et parce que la dénudation de la glande s'étendait jusques au-delà de l'ouverture fistuleuse, celle-ci n'eût pas tardé à se rouvrir. Quand la fistule dépend de la dénudation de la glande parotide, vainement on parvient à fermer les ouvertures fistuleuses, la salive s'accumule près l'angle de la mâchoire, forme des tumeurs qu'on ne peut ouvrir par l'intérieur de la bouche, et ne trouvant point d'issue, ce liquide rompt les cicatrices. Lorsque la maladie est au contraire le résultat d'une lésion du conduit parotidien, l'on a beaucoup fait si l'on a cicatrisé l'ouverture fistuleuse, quelque soit d'ailleurs l'état du canal. En effet, s'il est libre, il se forme à la partie moyenne de la joue une tumeur qui se vide dans la bouche, ainsi que le prouve l'observation sur la maladie du capitaine

Lasoscki, publiée par M. Percy dans le bulletin de la Société de Médecine, année 1811.

Si le conduit salivaire est obstrué, il se développe au-dessous de la cicatrice une tumeur dont l'ouverture par l'intérieur de la bouche est le plus souvent possible, et préserve le malade de sa première infirmité. Telle est l'observation déjà citée de M. Garnier sur une blessure de la joue avec section du conduit excréteur de la salive et oblitération de la partie antérieure de ce canal.

M. de Boisgiraud se soumet à une seconde opération; l'ouverture fistuleuse se ferme, nouveau gonflement vers l'angle de la mâchoire, la cicatrice de cette partie se rompt, il s'écoule du pus et non de la salive.

Ce changement s'explique aisément. Louis nous apprend que cette seconde opération a été plus douloureuse que la première; l'ouverture pratiquée à la joue était trop petite, et le séton, trop épais, irritait et enflammait les parties voisines. Cette inflammation a fait suppurer toute la portion de glande située entre l'oreille et l'ouverture fistuleuse, et elle a été favorable, en ce qu'elle a, dans cette étendue, produit le recollement de l'organe dénudé. Cependant l'ou-

verture fistuleuse de la joue s'est rouverte, parce qu'au-dessous de cette ouverture il existait encore une portion dénudée de la glande parotide, et c'est cette partie que le séton avait traversée, qui seule fournissait la salive, quand Louis a vu le malade pour la première fois; et dès lors le caustique qu'on aurait vainement appliqué sur l'ouverture fistuleuse, avant la formation de l'abcès près l'angle de la mâchoire, le caustique, dis-je, a pu compléter la cure en complétant l'inflammation de la glande dénudée.

Louis, avant de cautériser, a sondé le trajet fistuleux sans pouvoir pénétrer dans la bouche. L'adresse et l'habitude ne lui manquaient pas pourtant; on ne l'accusera pas non plus de négligence, puisque ses tentatives furent répétées, et comment n'aurait-il pas franchi l'embouchure du canal de Sténon, puisqu'elle était libre, si la fistule eût dépendu de la lésion de ce conduit? Il est donc plus naturel d'admettre qu'il existait chez M. de Boisgiraud, ainsi que chez la jeune Chaperon, un conduit contre nature étendu de l'ouverture fistuleuse à un prolongement de la glande parotide. Les dissections démontrent que ces prolongemens ne sont point assez rares pour qu'on les mette au rang des variétés anatomiques. Quelquefois on trouve à l'embouchure

même du conduit de Sténon une masse glanduleuse qui semble tout-à-fait détachée du corps de la parotide, mais qui le plus souvent pourtant fait suite à cet organe. Voilà ce que les auteurs paraissent oublier, lorsqu'ils s'accordent à ranger, parmi les signes d'une fistule du canal, une ouverture fistuleuse située au-devant du muscle masseter. Sans doute, à la première lecture de l'observation de Louis, il paraît plus simple d'admettre avec lui la guérison, par le caustique, d'un ulcère fistuleux du conduit parotidien; cela évite toutes les explications que j'ai successivement développées. Mais à celui qui veut la vérité, qu'importe le nombre d'explications, quand il découle du nombre même de phénomènes. Remarquons, d'ailleurs, qu'en partant de l'hypothèse de Louis, aucun symptôme ne s'explique d'une manière satisfaisante. En effet, pourquoi ne s'est-on aperçu que fort tard de l'écoulement de salive? Pourquoi, après la consolidation de l'ouverture fistuleuse, se forme-t-il loin d'elle, à l'angle de la mâchoire, un abcès salivaire? Pourquoi, si les trois stylets ont été introduits dans le canal excréteur de la salive, n'ont-ils pu franchir une embouchure qui était libre? Tandis que si nous admettons pour cause de la fistule la dénudation de la glande,

non-seulement on explique tous les faits, mais encore on les prévoit, et dès lors, comme il arrive dans les sciences exactes, ne devient-elle pas une réalité, cette hypothèse, à l'aide de laquelle tous les phénomènes s'expliquent si naturellement, qu'ils semblent être des conséquences?

Je ne terminerai point cet article sans examiner deux autres observations de Louis, insérées dans le même ouvrage, et qui lui ont paru confirmer sa doctrine. Il annonce dans la première que le canal salivaire était blessé, mais il ne nous permet pas de juger la maladie, puisqu'il n'en décrit aucun symptôme. La seconde de ses observations donne surtout de la force aux doutes que j'élève.

Une jeune fille éprouve une fluxion inflammatoire à la joue par suite d'une odontalgie; l'abcès s'ouvre au-dehors; l'on s'aperçoit d'un écoulement de salive que l'on attribue à l'ulcération du canal parotidien; plusieurs opérations sont pratiquées inutilement, et par l'application des caustiques, l'on obtient enfin la cure de la maladie.

Est-il bien prouvé que le pus d'un abcès ait la propriété d'ulcérer les conduits excréteurs? Cette

idée nous vient des anciens, qui attribuaient au pus la faculté de tout désorganiser.

Les modernes ont reconnu que les brides qui se rencontrent dans les foyers sont des vaisseaux et des nerfs restés sains au milieu du pus dont ils sont baignés. En serait-il autrement des canaux excréteurs? Leur enveloppe n'est-elle pas la même que celle des artères? Ils n'en diffèrent que par des tuniques plus profondes, et celles des conduits excréteurs sont d'une texture plus solide.

Nous avons une foule d'exemples de fistules de la glande parotide survenues à la suite d'abcès. Ambroise Paré, Fabrice de Hildan, Fabrice d'Aquapendente, en ont traité avec succès, sans connaître la cause de l'écoulement.

M. le professeur Boyer a combattu avec le même succès plusieurs de ces maladies. Elles ont été reconnues par les modernes toutes les fois que l'ouverture fistuleuse a été située à la région parotidienne; mais si par hasard elle s'est trouvée à la joue, on s'est hâté d'attribuer l'écoulement à la lésion du conduit parotidien, comme si ce canal pouvait être détruit par le pus d'un abcès, comme si cette situation de l'ouverture fistuleuse indiquait plutôt l'une que l'autre espèce de fistule salivaire.

Je sais que des auteurs font mention de fistules du conduit parotidien survenues à la suite d'abcès à la joue; mais ces abcès ont été ouverts en dehors, ou par l'instrument tranchant, ou par l'application peu ménagée d'un caustique, et l'un et l'autre ont sans doute plus que le pus le pouvoir d'attaquer les conduits excréteurs.

On donnerait trop d'extension à ces réflexions, si l'on pensait qu'elles ont pour but d'exclure les caustiques dans le traitement de toutes les fistules du conduit parotidien. Je ne dois qu'appeler le doute sur les succès qu'on leur accorde. Depuis Louis, plusieurs praticiens disent les avoir employé utilement; j'ignore si leurs observations sont publiées et si elles sont plus concluantes. L'un d'eux, M. le professeur Lallement, s'est contenté d'indiquer la cure qu'il a obtenue, et ce n'est pas la seule fois que la modestie de ce savant a dérobé à la science des faits curieux dont il pourrait l'enrichir.

Le raisonnement peut jusqu'à un certain point, je crois, nous éclairer sur l'action des caustiques dans le traitement des fistules du conduit parotidien. Vainement on les a considéré comme utiles dans les fistules anciennes, dangereux dans les fistules récentes; leur action est toujours la même, toujours sur une ouverture ancienne,

ainsi que sur une nouvelle; ils produiront une escarre, et au-dessous une inflammation adhésive; et si la cicatrice est possible dans un cas, pourquoi ne le serait-elle pas dans l'autre; pourquoi la même action ne donnerait-elle pas le même résultat? Ce qui semble plus important à considérer, c'est la profondeur à laquelle le caustique a été porté.

Entre l'ulcération du canal parotidien et l'ouverture de la joue existe toujours un trajet contre nature, plus ou moins étendu. Si le caustique agit trop profondément, par exemple, sur l'ouverture même du conduit parotidien, l'escarre tombe sans qu'au-dessous la cicatrisation ait pu s'opérer; l'ulcération du canal est augmentée et la fistule reparaît plus difficile à combattre.

Mais si l'on a ménagé l'action du caustique, si, par exemple, l'escarre a quatre lignes d'épaisseur, et le trajet fistuleux dix lignes de profondeur, on conçoit alors la possibilité du succès. La cautérisation a deux effets simultanés :

1°. Désorganisation des parties touchées.

2°. Inflammation des parties subjacentes à l'escarre. On voit dès lors que le trajet fistuleux de dix lignes aura trois parties distinctes.

1°. Une profonde qui n'a point changé d'état et continue à recevoir la salive.

2°. Une moyenne irritée, boursoufflée, qui s'oblitère en vertu d'une inflammation adhésive.

3°. Une superficielle désorganisée par le caustique et transformée en escarre.

Celle-ci tombe. Le trajet fistuleux n'a plus que deux parties distinctes.

1°. La superficielle qui avant la chute de l'escarre était la partie moyenne. C'est la cicatrice.

2°. La profonde qui n'a reçu du caustique aucune impression, et a continué à recevoir la salive qu'elle transmet à la partie antérieure du canal parotidien, seule issue ouverte désormais à cette humeur.

Il subsiste donc à l'endroit où le canal a été blessé, un petit sac, que la salive remplit et distend de manière à former une légère tumeur à la partie moyenne de la joue.

Ce phénomène a été remarqué dans les observations déjà citées de MM. Percy et Garnier. S'ils ne l'ont pas été par les praticiens qui disent avoir guéri par le caustique des fistules du canal excréteur, n'est-ce pas une raison de croire qu'ils ont simplement guéri des fistules de la glande parotide?

Déjà peut-être serais-je en droit de prononcer que le diagnostic des deux espèces de fistules salivaires est loin d'être établi d'une manière

suffisante; mais telle sera la conséquence de l'article suivant. Je le termine par un exposé de signes qui pourront peut-être servir à distinguer les deux espèces de maladies.

ARTICLE SECOND.

Des signes distinctifs des Fistules de la glande parotide et du canal excréteur de la salive.

La découverte du conduit parotidien, la connaissance exacte de la disposition de la glande parotide et de ses fonctions, devait éclairer le diagnostic des deux espèces de fistules salivaires. Singulier contraste! Les anciens, qui ne connaissaient pas la source de la salive, citent un grand nombre de cures de fistules salivaires obtenues avec facilité, et les observations des modernes attestent que souvent ils ne sont parvenus au même résultat qu'après un plus grand nombre d'efforts.

Les premiers ont traité tous les écoulemens fistuleux de la salive, comme nous traitons aujourd'hui les fistules de la glande parotide; et si, comme leurs prédécesseurs, les modernes eussent été peu éclairés en théorie, ils auraient éprouvé moins de revers dans leur pratique. Telle est la tendance des grands hommes à généraliser leurs idées. Louis, lorsqu'il n'a pu guérir par le caus-

tique des fistules du canal salivaire, déclare qu'Ambroise Paré, Fabrice d'Aquapendente, n'ont réussi par ce moyen à tarir des écoulemens fistuleux, que parce qu'ils traitaient des fistules de la glande, et lorsque postérieurement, à l'aide d'une observation dont j'ai démontré l'incertitude, le même Louis fonde une nouvelle doctrine, il cite, pour l'appuyer, des faits dont il s'était déjà servi pour la combattre.

Cette faute a été relevée dans le *Journal de Medecine*, tome XIV, par M. Laënnec; mais la doctrine de Louis a été admise, l'erreur a été répétée, et Desault lui-même a confondu les deux espèces de fistules salivaires.

« Marguerite D. portait, depuis cinq ans, sur » le trajet du conduit de Sténon une tumeur du » volume d'une petite noix, percée antérieure- » ment d'une ouverture fistuleuse, d'où s'écou- » lait, *par intervalles*, un fluide séreux et lim- » pide. Cette tumeur avait succédé à un coup de » bâton reçu sur la joue. Une large ecchymose » s'était d'abord manifestée, avait disparu et » laissé la tumeur et la douleur habituelles. » Lorsque la malade restait quelque temps sans » exercer de grands mouvemens de la mâchoire, » une croûte se formait sur l'orifice fistuleux, le » bouchait et le suintement cessait : il reparais-

» sait bientôt. On chercha à rétablir le conduit
» naturel ; un stylet, porté du côté de la bouche,
» ne put jamais passer, quelque grêle qu'il fût.
» *On en conclut que le conduit de Sténon était*
» *oblitéré*, et qu'il n'y avait pas d'autre ressource
» que d'ouvrir à la salive une voie artificielle,
» ce qui fut fait avec succès par Desault. » (*Œuvres chirurgicales.*)

Cette conséquence ne me paraît appuyée sur aucun des symptômes de la maladie. Si le canal eût été blessé et oblitéré à sa partie antérieure, toute la salive secrétée serait tombée sur la joue, l'écoulement dès lors eût été excessivement abondant, et n'eût offert aucun intervalle. L'orifice fistuleux, entretenu par le passage continuel de la salive, n'aurait pas eu le temps de se couvrir d'une croûte et de se boucher. Voilà donc une opération douloureuse qu'on aurait évité, si, au lieu de porter le stylet du côté de la bouche, on l'eût introduit par l'ouverture fistuleuse et dirigé du côté de l'oreille. Ce moyen eût fait connaître la véritable source de l'écoulement, et les injections irritantes auraient produit une cure plus prompte, plus facile et moins douloureuse.

Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer à beaucoup d'observations de fistules salivaires,

qui ont succédé aux plaies faites à la joue par des coups de cornes.

Que l'on compare la ténuité du conduit parotidien à l'épaisseur du sommet toujours arrondi d'une corne qui agit en contondant nos parties plutôt qu'en les piquant; que l'on se rappelle la disposition lâche du canal, la mobilité dont il peut jouir au milieu du tissu graisseux qui l'entoure et qui lui donne la faculté de glisser ou de s'étendre, et l'on sera moins prompt à croire à sa lésion, l'on se hâtera moins de percer les joues des malades ; et sans doute des recherches plus exactes, réduisant de beaucoup le nombre des fistules du conduit salivaire, feront le plus souvent reconnaître la dénudation de la glande parotide.

Nos auteurs même les plus modernes ne donnent pas sur les deux espèces d'affections, des signes suffisans pour les distinguer.

« Lorsque la fistule réside sur la partie moyenne » de la joue et le bord antérieur du muscle mas- » seter, sa situation indique avec certitude la » lésion du canal de Sténon, dont on s'assure » d'une manière encore plus positive, à l'aide » d'une sonde introduite par l'orifice buccal de » ce conduit, et qu'on voit sortir par celui de

» la fistule (*Dictionnaire des Sciences Médi-*
» *cales*, tome XV, page 609.) »

L'expérience démontre qu'il ne faut pas avoir égard à la situation de l'ouvertueuse fistuleuse. Le second signe indiqué par M. Jourdan, ne laisse aucun doute sur l'espèce de fistule ; mais on ne peut pas toujours l'obtenir. En effet, je suppose (ce que Louis et Desault n'ont pas toujours pu faire) qu'un stylet ait franchi l'embouchure du conduit parotidien, est-on bien sûr de faire sortir l'extrémité de l'instrument par l'ouverture de la joue ? Le trajet fistuleux forme avec la partie antérieure du conduit naturel, un angle le plus souvent droit ou aigu. Si l'ouverture du canal est petite, l'instrument, loin de s'y engager, parcourera le canal dans toute son étendue, sans que pour cela on soit en droit de conclure qu'il n'est pas blessé.

« On connaît que la fistule est due à une lé-
» sion de la parotide, en s'assurant de l'état du
» conduit et de ses rapports avec la fistule,
» par l'introduction d'un stylet boutonné dans
» le canal, par la situation de la fistule et par
» la quantité de salive qu'elle rend dans un es-
» pace de temps donné. Ainsi, lorsque le stylet
» introduit dans le conduit de Sténon par son

» orifice naturel, et enfoncé aussi profondément
» que possible, ne fait reconnaître aucune lé-
» sion à ce conduit, l'ouverture intérieure ne
» correspond point au canal salivaire, mais à
» la glande; lorsque la quantité de salive qui en
» coule est peu considérable, nul doute que la
» lésion ne soit à la glande elle-même, et que
» le canal de Sténon n'en soit exempt. (Boyer,
» *Traité des maladies chirurgicales*, tome VI.)»

Tous ces signes pourront être observés lorsque le canal de Sténon sera partagé complètement. Il n'en sera pas de même lorsqu'une simple ouverture, à ses parois, entretiendra la fistule. Alors le stylet introduit par la bouche parcourera le canal sans rencontrer le point de sa lésion; alors l'écoulement fistuleux sera moins abondant, parce qu'il y aura partage de la salive.

Lorsque cette humeur est versée très-abondamment sur la joue, il est naturel de soupçonner une lésion au conduit parotidien; mais la petite quantité de l'écoulement n'exclut pas la possibilité d'une fistule du canal, puisque la salive peut couler et par la partie antérieure du conduit et par le trajet fistuleux.

Si nous nous attachons à démontrer qu'il est par fois difficile de distinguer les deux espèces

de fistules salivaires, c'est que jusqu'à présent l'on a regardé cette distinction comme trop facile; et puisqu'il est vrai qu'on s'est quelquefois mépris, nous devons tâcher de donner au diagnostic un degré de plus de certitude.

L'écoulement de salive est le signe caractéristique de toute fistule salivaire. Les signes distinctifs se tirent, 1°. de l'examen des causes de la fistule; 2°. de l'intervalle qui a existé entre la cause et l'effet; 3°. de la nature de la salive répandue et de sa quantité; 4°. de l'état du trajet fistuleux et du canal salivaire.

1°. *Causes de la fistule*. Un calcul salivaire arrêté dans le conduit de Sténon, peut sortir au-dehors après avoir occasioné un abcès; nul doute, dès lors, que la fistule qui succède ne dépende d'une lésion du canal.

Le diagnostic sera aussi facile lorsque l'écoulement fistuleux aura paru à la suite de plaies par instrumens tranchans ou piquans, portés dans une direction perpendiculaire au canal.

Les plaies contuses, les abcès, suite de contusions de phlegmons, lorsqu'ils causent des fistules salivaires, doivent inspirer beaucoup de doutes sur la lésion du conduit parotidien.

2°. L'*intervalle* qui a existé entre la cause de la fistule et l'apparition de la salive, peut quelque-

fois nous éclairer sur la source de l'écoulement. Ainsi, lorsque la salive ne coule pas immédiatement après qu'une plaie est faite à la joue; lorsqu'il survient d'abord de l'inflammation, puis une suppuration abondante, suivie enfin de l'écoulement de la salive, on doit soupçonner la dénudation de la glande parotide.

3°. La *nature* de la salive répandue et sa *quantité* seront examinées avec soin.

Dans les fistules du canal la salive est ordinairement limpide, parce qu'elle est versée sur la joue à mesure qu'elle est formée. Quelquefois pourtant l'humeur séjourne et occasione une tumeur à l'endroit même où le canal est blessé; alors même la salive est limpide, parce que son séjour est de peu de durée.

Il n'en est pas de même dans les fistules de la glande parotide, les tumeurs sont le plus souvent situées au-dessus de l'angle de la mâchoire; la salive, par un séjour plus long, acquiert plus de consistance, elle prend l'aspect des glaires et offre un dépôt de matières salines; par fois l'écoulement est très-limpide. Il a des intervalles pendant lesquels l'ouverture fistuleuse se recouvre d'une petite pellicule; au-dessous de celle-ci, la cicatrisation ne tarderait pas à s'opérer, si la salive ne détruisait bientôt le travail de la na-

ture. C'est ce que j'ai remarqué chez la jeune Chaperon ; c'est ce que Desault avait vu sur une de ses malades, sans cesser pourtant d'attribuer la fistule à une lésion du conduit parotidien.

Un écoulement considérable de salive fera craindre et la lésion du canal et l'oblitération de sa partie antérieure. Un écoulement peu abondant n'indique pas plus l'une que l'autre espèce de fistule.

4°. Le diagnostic recevra son plus haut degré de certitude de l'examen du trajet fistuleux et du canal salivaire. Un stylet, introduit par l'ouverture fistuleuse et conduit dans la bouche, fait reconnaître sûrement la lésion du canal parotidien.

Si l'instrument, après avoir parcouru un trajet de peu d'étendue, est constamment arrêté dans sa marche, il y aura, ou dénudation d'un prolongement de la glande parotide, ou oblitération de la partie antérieure de son canal ; dans ce dernier cas l'ouverture fistuleuse étant la seule issue ouverte à la salive, donnera passage à une quantité considérable de ce liquide. Les recherches ne seront pas seulement dirigées du côté de la bouche, le stylet sera porté avec beaucoup de précaution du côté de l'oreille. On changera sa direction, si l'on parvient, sans violence, à le

pousser au-delà de l'origine du conduit excréteur de la salive, la dénudation de la glande sera reconnue comme source de l'écoulement fistuleux.

Ces signes peuvent, je crois, rendre facile la distinction des deux espèces de fistules salivaires. Trois méthodes différentes ont été employées avec succès contre les fistules de la glande parotide.

1°. La compression; 2°. la cautérisation; 3°. les injections.

La compression doit être faite exactement sur tous les points dénudés de la glande parotide. Il faut que son action soit permanente. Dès lors elle est incertaine, difficile et douloureuse. Ce n'est pas appauvrir l'art que de voter le rejet de cette méthode.

La cautérisation a obtenu de nombreux succès, nous pensons qu'elle ne doit être préférée aux injections alcooliques, que lorsque la portion de glande qui fournit la salive est à découvert au fond d'un ulcère ou d'une plaie.

Les injections alcooliques seront employées lorsque la glande dénudée est recouverte des tégumens. Elles ont l'avantage de pénétrer partout où il y a décollement, d'irriter à la fois tous les points dénudés de la glande et le tissu sous-cutané. La douleur qu'elles causent est momen-

tanée; elles déterminent enfin une suppuration légère, suivie bientôt de l'adhérence de la peau à la glande parotide.

L'observation d'une fistule salivaire et la lecture attentive des auteurs m'ont inspiré ce travail. Peut-être me suis-je fait illusion sur son utilité. Heureux de pouvoir le soumettre à une société savante, je le fais avec résignation. Loin de me plaindre, si ces réflexions n'obtiennent que le silence, je ne balancerai pas à les vouer à l'oubli.